

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

N°

THÈSE

423

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Emile RICHARD

Né le 24 Septembre 1912, à Pont l'Abbé (Finistère).

LA TUBERCULOSE

dans le département du Finistère

Président : M. BEZANÇON, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur

13, Pass. Trubert-Bellier

PARIS (XIII^e)

1938

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Année 1938

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Emile RICHARD

Né le 24 Septembre 1912, à Pont l'Abbé (Finistère).

LA TUBERCULOSE

dans le département du Finistère

Président : **M. BEZANÇON**, Professeur

Lucien CARIO, Imprimeur
13, Pass. Trubert-Bellier
PARIS (XIII^e)
1938



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Le Doyen TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	ROUVIÈRE.
Physiologie.....	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Bactériologie.....	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	N.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique.....	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAÎTRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale.....	CROUZON.
	HOVELACQUÉ.
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.	M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiâtrie.
BULLIARD	Histologie.	MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	OBERLING	Anatomie pathologique.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
GASTINEL	Bactériologie.	PORTES	Obstétrique.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	RENARD	Ophtalmologie.
GAYET	Physiologie.	RICHET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	SANNIÉ	Chimie biologique.
GIROUD	Histologie.	SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	TROISIÈRE	Pathologie expérimentale.
HALPHEN	Oto - rhino-laryngologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.	VIGNES	Obstétrique.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
JOANNON	Hygiène.		
LACOMME	Obstétrique.		
LANTUÉJOL	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LEROUX	Anatomie pathologique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	PHILIBERT	Bactériologie.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN. . .		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL. . . .		GATELLIER. . . .	
DONZELOT. . . .		HEITZ-BOYER. . .	
DUVOIR.		MOURE.	
LIAN.		QUENU.	
PASTEUR-VAL-		SCHWARTZ. . . .	
LERY-RADOT.		VELTER.	
SÉZARY.			

MM.	
ECALLE.	} Clinique obstétricale
METZGER.	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUFFE.	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

*Humble témoignage d'amour et de
reconnaissance.*

A MON PÈRE

A MON FRÈRE, A MA BELLE-SŒUR

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA GRAND'MÈRE

A MON ONCLE, M. BURIN

Qui dirigea mes études.

A MES TANTES, A MES ONCLES

A MES COUSINS

A MES AMIS

A M^r LE PROFESSEUR F. BEZANÇON

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Témoignage de notre respect et
de notre gratitude.*

A M^r LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. BERNARD
MÉDECIN DES HOPITAUX

*A qui nous devons le sujet de notre
thèse, et qui nous a aidé de ses
conseils.*

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ MIXTE
DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

AU MÉDECIN-CHEF DU SANATORIUM
DE PLOUGONVEN : D^r GOURFINKEL,
ET A SES ADJOINTS

AUX MÉDECINS DES DISPENSAIRES
DU FINISTÈRE

A TOUS CEUX QUI NOUS ONT AIDÉ
• DE LEURS CONSEILS

M^r MARCEL MOINE,
STATISTICIEN DU COMITÉ NATIONAL
DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE
D^r ARNOULD

M^r POUTET, DE L'A. P. DU FINISTÈRE

A L'OFFICE DES PUPILLES DE LA NATION
DU FINISTÈRE.

I

LA TUBERCULOSE EN BRETAGNE

La tuberculose fait encore payer un bien lourd tribut à notre courageuse population bretonne. Jetez les yeux sur une de ces cartes de statistique que publie chaque année le Comité National de défense contre la Tuberculose, et vous y verrez une région complètement tachée de noir : c'est la Bretagne.

Jusqu'à ces dernières années, les départements de la Seine, la Seine-et-Oise et la Seine-Inférieure fournissaient une mortalité tuberculeuse annuelle égale à celle de nos cinq départements bretons, mais depuis l'année 1934, ils ont cédé le pas à notre région qui arrive seule en tête en maintenant sa mortalité à plus de 200 pour 100.000 habitants. En réalité toute la Bretagne n'atteint pas ce chiffre important, une amélioration est survenue dans les deux départements bretons situés le plus à l'est et qui forment la transition entre la Bretagne et le reste de la France, je veux dire l'Ile-et-Vilaine et la Loire-Inférieure, qui comptent actuellement 175 à 199 décès pour 100.000 habitants.

Et c'est hélas dans les trois départements les plus bretonnants : Finistère, Côtes-du-Nord et Morbihan, que sévit encore avec intensité ce terrible fléau.

Il atteint non seulement la population civile, mais encore les groupes émigrés hors de la Bretagne, les contingents bretons de l'armée et de la marine.

1° La tuberculose chez certains bretons habitant la région parisienne.

A l'hôpital de la Salpêtrière, le professeur Etienne Bernard a eu l'occasion d'étudier un certain nombre de femmes tuberculeuses entrées dans son service dans les années 1934 et 1935 et a publié à ce sujet une note sur leur situation et notamment sur leur origine.

Géographiquement parlant, on trouve parmi ces 504 malades :

132, soit 26,4 % de Paris, donnant 83 décès.

86, soit 17 % de la région parisienne, donnant 57 décès.

286, soit 56 % des départements, donnant 187 décès.

Le rapport mortalité morbidité est :

0,62..... pour les premiers

0,68..... pour les seconds

0,65..... pour les troisièmes

c'est-à-dire à peu près le même pour chaque groupe.

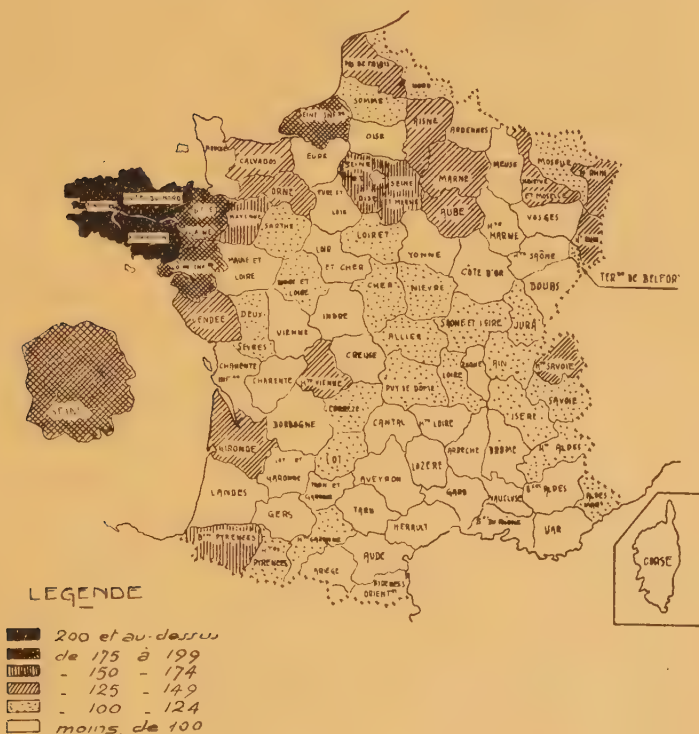
L'étude détaillée faite département par département, fait découvrir une disproportion très importante :

Paris en fournit	132
La Seine	60
Le Finistère	30
Le Morbihan	23
Les Côtes-du-Nord	22
La Loire-Inférieure	6
L'Ile-et-Vilaine	5 etc.

Le point à souligner est le nombre total des malades provenant des cinq départements bretons : ce nombre est de 86, dont 75 pour le Finistère, le Morbihan et les Côtes-du-Nord, autrement dit, représente les 17 % de toutes les malades.

— MORTALITÉ PAR TUBERCULOSE —
Sous toutes ses formes en 1934

PROPORTION DE CE/ DECE/ POUR 100.000
HABITANT/



Il est intéressant de noter que dans les services non tuberculeux, la proportion des malades originaires de notre région est de 7,7 % c'est-à-dire inférieur de 140 % à celle fournie dans les services tuberculeux.

Et Etienne Bernard de conclure :

Dans cette éclosion de la tuberculose chez les bretons, on a incriminé la transplantation de leur terre d'origine dans la capitale. Si cette notion peut être retenue pour un certain nombre, elle ne saurait revendiquer un caractère général car la moitié des cas concerne des sujets chez lesquels la tuberculose a évolué dans un délai qui n'autorise plus à mettre en cause un changement de résidence (35 % entre 5 et 10 ans de résidence, 25 % après 10 ans).

D'autre part, les femmes qui sont entrées dans la tuberculose évolutive au cours de la première année qui a suivi leur transplantation étaient toutes très jeunes, 10, 18 et 22 ans. La tuberculose familiale est à relever chez le plus grand nombre de ces malades.

Par ailleurs, l'évolution clinique est sensiblement la même que chez les malades originaires des autres départements.

2° Dans la marine marchande.

M. Marcel Moine, statisticien du Comité National de défense contre la tuberculose, a dressé des statistiques se rapportant aux différentes maladies et accidents que l'on rencontre dans cette grande collectivité, à la durée de l'interruption de travail et aux différentes indemnités qui leur sont imputables. Il en ressort que les maladies de nature tuberculeuse viennent au premier rang et principalement la tuberculose pulmonaire.

Les 200.000 marins qui composent notre marine marchande sont répartis dans 5 régions maritimes divi-

sées elles-mêmes en un certain nombre de quartiers maritimes dont le siège se trouve dans les ports les plus importants. Les directions de ces régions sont respectivement : Saint-Servan (Bretagne), Le Havre, Bordeaux, Marseille, Alger, comprenant en tout 42 quartiers dont 18 pour la Bretagne (2 étant incorporés dans la région de Bordeaux : ceux de la Loire-Inférieure). La prédominance des Bretons dans notre marine marchande semble être la raison de la morbidité tuberculeuse élevée.

Si l'on compare les chiffres de morbidité tuberculeuse des différentes régions, nous voyons arriver en tête :

Saint-Servan, avec 45,5 cas pour 10.000 marins.

puis :

Le Havre, avec 26,1 cas pour 10.000 marins.

Bordeaux, avec 25,3 cas pour 10.000 marins.

Marseille, avec 11,9 cas pour 10.000 marins.

Alger, avec 4,9 cas pour 10.000 marins.

Et parmi les cinq départements bretons, c'est encore le Finistère qui fournit la plus forte proportion.

3° Dans la marine militaire.

Des statistiques faites chez les ouvriers de l'arsenal de Brest, où les bretons prédominent, montrent qu'à partir de 1895 le taux moyen annuel de morbidité est de 1.000 pour 100.000; entre 1910 et 1930 il reste de 700 à 800 pour 100.000, alors que dans les autres arsenaux, il est moitié moindre. S'il s'abaisse actuellement à 600 pour 100.000, c'est grâce à l'élimination des malades et à leur radiation des cadres.

De 1890 à 1900, Faleyrac a établi qu'en Méditerranée les marins bretons sont les plus éprouvés par la tuberculose.

A l'hôpital de Brest, le pourcentage des décès par tuberculose sur les décès de toutes causes, est le double pour les marins bretons de ce qu'il est pour les marins d'autres provenances.

Les chiffres de tuberculeux dépistés parmi les recrutés bretons et les inscrits maritimes sont environ de 1.200 pour 100.000 parmi lesquels 300 pour 100.000 de tuberculeux pulmonaires ouverts avec crachats bacillifères. Si l'on fait le décompte chez les Finistériens seuls, on trouve 420 pour 100.000 tuberculeux pulmonaires ouverts.

Ces chiffres sont calculés sur des contingents de recrues de 2.000 à 2.500 annuellement et sur un total de 5 ans environ (Savès). Notre marine militaire semble devoir sa morbidité plus élevée par rapport à l'armée de terre à la prédominance des bretons dans son recrutement.

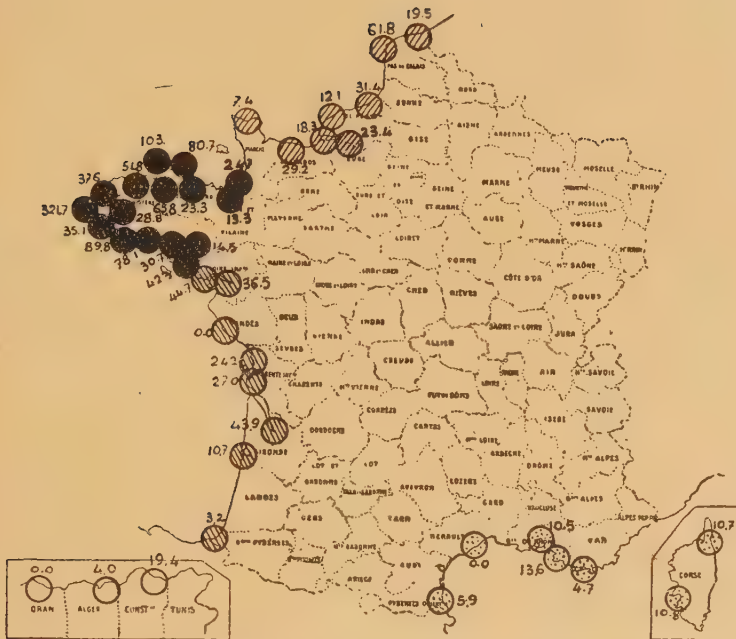
4° Dans l'armée de terre.

De grands progrès ont été fait dans l'armée pour le dépistage des tuberculeux grâce à la radioscopie systématique. Elle date de 1902 (Salles et Béclère), reprise en 1920 par le Médecin Lieutenant-Colonel Sieur, a été rendue obligatoire dans l'armée en 1933.

Les jeunes recrues à l'incorporation sont soumises à un examen radiologique thoracique obligatoire, doublé, dans le cas de suspicion, d'une radiographie. Il a permis de constater que le contingent breton fournissait un nombre impressionnant de tuberculeux.

D'après les statistiques établies de 1926 à 1936, on compte respectivement dans les régions de recrutement suivantes :

1° Tuberculeux radiologiquement dépistés avec ou sans crachats bacillifères :



● Direction de Saint-Servan: 45,5 cas pour 10.000 marins.

◐ Direction du Havre: 26.1 cas pour 10.000 marins.

◑ Direction de Bordeaux: 25.3 cas pour 10.000 marins.

◒ Direction de Marseille: 11.9 cas pour 10.000 marins.

○ Direction d'Alger: 4.9 cas pour 10.000 marins.

Bretagne	1 cas .	pour 190 recrues
Normandie	1 cas ..	— 210 —
Sud-Ouest	1 cas ..	— 299 —
Ardennes	1 cas ..	— 364 —
Littoral méditerranéen .	1 cas ..	— 419 —
Afrique du Nord	1 cas ..	— 376 —

2° Tuberculeux dépistés avec crachats bacillifères:

Bretagne	1 cas ..	pour 297 recrues
Normandie	1 cas ..	— 556 —
Sud-Ouest	1 cas ..	— 854 —
Ardennes	1 cas ..	— 887 —
Littoral méditerranéen .	1 cas ..	— 838 —
Afrique du Nord	1 cas ..	— 1127 —

Ces statistiques ont été établies par la radio systématique de Monsieur le Lieutenant-Colonel Sieur, et permettent de constater que le contingent breton est le plus affecté.

5° Comparaison avec le reste de la France.

La Bretagne est donc la région de France qui fournit la plus forte moyenne de décès pour la tuberculose. En 1934 cette mortalité s'établissait comme suit :

Décès pour 100.000 habitants :

Côtes-du-Nord	229
Morbihan	222
Finistère	216
Ile-et-Vilaine	195
Loire-Inférieure	193

Les départements les moins éprouvés en France sont surtout ceux du littoral méditerranéen avec une mortalité de moins de 100. Par exemple, les Bouches-



LES DISPENSAIRES ET LES CONSULTATIONS VOLANTES
DU DÉPARTEMENT DU FINISTÈRE

du-Rhône ne donnent que 74 décès, le Var, 86 décès, toujours pour 100.000 habitants.

La moyenne générale pour toute la France est de 126.

II

CAUSES DE LA MORTALITE TUBERCULEUSE ELEVÉE DE LA POPULATION BRETONNE

Ce que l'on peut tirer de l'étude précédente, c'est que le Breton est une proie facile à la tuberculose et que celle-ci fait des ravages impressionnants parmi cette population. A quoi l'attribuer ?

1° Est-ce une question de race ?

Le docteur Arnould a décrit une prédisposition à la tuberculose des parleurs de langue celtique.

Le Breton appartient à la race celtique. Quelques notions ethnologiques sont indispensables pour comprendre ce qu'est « cette race ».

Les Bretons de France font partie de la race celtique, qui groupe encore les populations du Pays de Galle, de l'Irlande, de l'Ecosse septentrionale. Des statistiques faites avant (1891 et 1910) et après la grande guerre (1921 à 1934), la période de guerre étant laissée de côté car exceptionnelle, ont montré que le taux de mortalité de ces quatre groupes celtiques l'emportait sur celui des populations respectivement voisines.

Un médecin Anglais devant de tels faits décrivait une « vulnérabilité spéciale des parleurs de langue celtique ». La question se pose donc de savoir s'il existe une constitution héréditaire spéciale.

Ces groupes ont entre eux des caractères somatiques. Les Celtes sont un groupement de peuples parlant des dialectes de la langue celtique, et qui habitaient à la

fin de l'âge de bronze la partie sud-ouest de l'Allemagne. Ce n'était pas alors une race, mais un groupement au sein duquel la vie et les habitudes communes amenèrent une certaine unification physique et psychique. Deux types principaux d'individus s'y distinguaient :

Le type alpin, brachycéphale, aux cheveux bruns, et de petite taille.

Le type nordique, de taille un peu plus élevée, dolichocéphale, aux cheveux et aux yeux clairs.

Durant l'âge de fer, de nombreux éléments de ce groupement se déplacèrent vers l'ouest, et allèrent occuper la région de la Gaule appelée l'Armorique, et les Iles Britanniques, où ils se mélangèrent un peu au peuple du type méditerranéen qui s'y trouvait.

Au ^{vi}^e siècle avant J.-C., un groupe appelé Gaëls se concentra surtout en Irlande; un peu plus tard il en vint d'autres : les Pictes et les Britons.

Au ⁱⁱ^e siècle avant J.-C., des Belges parlant le dialecte brittonique s'installèrent en Angleterre, au Pays de Galles et en Ecosse.

Les Celtes restèrent ainsi jusqu'au ^v^e siècle après J.-C., époque à laquelle eut lieu l'invasion de l'Angleterre par les Saxons de type nordique, venus eux aussi de Germanie, et qui les refoulèrent dans les régions d'accès plus difficile, du Pays de Galles, de l'Ecosse, et vers l'Armorique en France. C'est alors que ce dernier pays reçut le nom de Bretagne. Ses habitants, en nombre assez important, furent assez forts pour tenir tête aux Francs et à les refouler même jusqu'à la Loire et au-delà de Rennes (^{ix}^e siècle). Ce pays resta autonome jusqu'au ^{xv}^e siècle, époque à laquelle eut lieu son union à la France par suite du mariage de la reine Anne de Bretagne avec le roi de France Charles VIII (1491), puis Louis XII (1499).

Ils réussirent ainsi à garder jusqu'à notre époque un certain particularisme ethnique, avec l'usage encore assez répandu d'un dialecte brittonique, extrêmement voisin de celui qui est parlé dans le Pays de Galles. Malgré leur mélange entre eux et avec d'autres races de type méditerranéen, les Celtes n'ont pas subi de grosses modifications au point de vue de leur constitution physico-chimique.

Se rapportant à la mortalité tuberculeuse de ces groupes celtiques, le tableau dressé par Arnould montre que le taux de mortalité tuberculeuse des Bretons est supérieur à celui des Français, comme l'est encore celui des trois groupes celtiques habitant les Iles Britanniques sur le taux de mortalité tuberculeuse des Anglais et des Ecossais en général.

Les statistiques suivantes portent comme nous l'avons dit plus haut sur les deux périodes d'avant et d'après-guerre (1914-18).

Taux de mortalité tuberculeuse pour 10.000 habitants

	Populations celtiques	Populations voisines
1906-1913	27,0	24,6
1925-1932	Bretons 24,8	Français 16
1891-1910	19,0	18,3
1921-1934	Gallois 10,4	Anglais 9,2
1891-1910	28	18,3
1921-1934	Irlandais 13,3	Anglais 9,2
1891-1910	17,9	22,9
1921-1934	Ecossais 11,9	Ecossais en général 9,4

Une contradiction cependant, assez singulière : dans le Pays de Galles, la mortalité des groupes celtiques est plus forte que celle des autres groupes, alors qu'en Ecosse c'est l'inverse.

Jusqu'en Amérique, les émigrants irlandais ont aussi, mis à part les Juifs, une mortalité tuberculeuse plus élevée que les autres émigrants.

Le rôle de cette constitution physico-chimique semble donc possible; cependant la mortalité est un peu différente dans les quatre groupes celtiques. Ainsi le taux varie du simple au double entre les Bretons et les Irlandais, et pourtant les conditions de vie des Irlandais sont inférieures à celles des Bretons. Il est vrai que la mortalité tuberculeuse française est à peu près le double de celle des Anglais. Ceci provient en partie du fait que la lutte antituberculeuse a commencée plus tardivement en France.

2° Isolement des peuples celtiques.

Pour expliquer la contamination facile des Bretons on peut invoquer l'isolement dans lequel ont vécu les peuples celtiques jusqu'au ^{xix}^e siècle. Formés surtout de pêcheurs, de navigateurs, et de gens vivant continuellement dans un air sain et pur, ils étaient indemnes de cette maladie.

Mais le développement des communications, qui, s'il permit des relations faciles avec les populations voisines, atteintes de tuberculose, mais déjà immunisées, a également permis le transport des germes pathogènes. Ainsi s'expliquerait la contamination en masse des Bretons non « habitués ».

Aujourd'hui la race celtique est arrivée à un certain degré d'immunisation qui expliquerait la décroissance de la tuberculose. Mais cette immunisation est encore de date trop récente pour que la mortalité

tuberculeuse de ces peuples se mette en équilibre avec celle relativement basse des Français, des Anglais et des Ecossais.

3° Rôle du climat et de la situation géographique.

Un fait frappant est le suivant: les zones les plus touchées par la tuberculose sont orientées vers le versant Manche-Atlantique, qui fournit dans son ensemble une proportion de 1 tuberculeux pour 270 recrues; alors que le versant méditerranéen en donne 1 pour 350 (chiffres du médecin lieutenant-colonel Sieur). D'autre part la carte du Comité National de Défense contre la Tuberculose montre très nettement que toute la région méditerranéenne fournit la plus faible mortalité de France soit moins de 100 pour 100.000 habitants, alors que les zones Manche et Atlantique présentent une mortalité allant de 100 à plus de 200.

De ce qu'il faut surtout tenir compte, c'est non seulement de la quantité d'eau annuelle, mais encore de la répartition de cette quantité d'eau dans le temps. Ainsi un brouillard permanent empêche le soleil de poindre et la quantité d'eau qui en résulte est infime, tandis que quelques jours de pluie torrentielle où la quantité d'eau produite est abondante n'agissent pas sur la pathologie locale.

Et c'est pourquoi la région méditerranéenne semble devoir sa place favorisée à un ensoleillement meilleur.

Ce n'est pas la seule raison. Les conditions de vie sont là, généralement plus faciles. Il est encore permis d'ajouter par opposition à la Bretagne et à la Normandie, la sobriété relative des habitants.

Le climat agirait encore d'une manière indirecte en

nécessitant le port de vêtements abondants et imperméables défectueux anti-hygiéniques.

Il existe une concordance entre le régime des pluies et la fréquence de mortalité tuberculeuse :

Brest a une hauteur de pluie de 824; nombre de jours pluvieux : 200; mortalité tuberculeuse de la région bretonne : plus de 200 pour 100.000 habitants.

Nancy: hauteur de pluie: 782; nombre de jours de pluie : 146; mortalité du département de Meurthe-et-Moselle: 125 à 149 pour 100.000 habitants.

Marseille : hauteur de pluie : 567; nombre de jours pluvieux : 98; mortalité de la région méditerranéenne: moins de 100 pour 100.000 habitants.

Il est intéressant de signaler que dans les Iles Britanniques les régions où le climat est le plus pluvieux sont aussi celles où la tuberculose prédomine. Ces régions sont justement habitées par les populations de race celtique. L'Irlande presque entièrement, le Pays de Galles et l'Ecosse septentrionale où la moyenne des pluies atteint annuellement une hauteur de 1 à 2 m., contre 0 m. 50 à 1 m. dans le reste des îles. De ces causes possibles de la contamination tuberculeuse facile des Bretons : race et climat à laquelle attribuer le plus grand rôle? Il est bien difficile de le dire. Quoiqu'il en soit, elles ne sont pas incompatibles, loin de là, bien au contraire, elles se complètent.

4° **L'alcoolisme.**

On a fait bien souvent jouer le plus grand rôle à l'alcoolisme. Cependant, alors que les départements bretons fournissent le plus de tuberculeux, ce ne sont pas eux qui consomment le plus d'alcool et de boissons alcooliques. Les départements normands et ceux

du Nord en consomment davantage; et cependant la mortalité tuberculeuse est moindre. Ainsi nous constatons dans les départements suivants :

Décès pour 100.000 habitants

Seine-Inférieure	184
Calvados	146
Orne	126
Eure	72
Nord	116 etc.

Il est vrai que de meilleures conditions d'hygiène dans ces derniers départements sont un peu la raison de cette différence.

L'hérédité alcoolique est pourtant bien une cause assez importante dans l'éclosion de la tuberculose. Un slogan dit : « L'alcoolisme fait le lit de la tuberculose. »

C'est bien de l'hérédité alcoolique qu'il s'agit et non pas de l'alcoolisme de nos jeunes gens qui malheureusement marchent sur les traces de leurs parents. Leur résistance primitive du fait de leur état cellulohuméral vicié par une intoxication héréditaire est diminuée.

La ruine du foyer familial de l'alcoolique entraînant la misère physiologique, une vie malsaine dans des taudis, contribue indirectement à former un terrain propice à l'attaque tuberculeuse.

5° Les mauvaises conditions d'hygiène.

Si vous vous promenez en Bretagne, vous rencontrerez des chaumières et des logements sans air et sans lumière, mal tenus, sales, où les animaux cohabitent même parfois, où la promiscuité est étroite, où les habitants eux-mêmes sont sales.

Ajouter à cela la fréquence des familles nom-

breuses, qui offrent là, un vaste terrain à la dispersion de la maladie. Quelques statistiques militaires faites à ce sujet montrent que c'est justement dans ces familles que l'on trouve le plus de tuberculeux :

Sur 147 recrues dépistées on a noté : 1 fils unique ; 44 de familles de 3 enfants ; 89 de familles de 4 à 10 enfants ; 13 de familles de plus de 10 enfants.

Les difficultés de la vie en général, que ce soit en Bretagne, en Irlande, etc..., attirent particulièrement l'attention.

ETUDE PARTICULIERE DU DEPARTEMENT DU FINISTERE

Etudions donc d'un peu plus près l'un des départements bretons le plus atteint par la tuberculose : le Finistère.

Ce département occupe l'extrême pointe du pays. Formé de quatre arrondissements, il a une superficie de 702.957 kilomètres carrés et une population sans cesse en accroissement :

En 1931 : 744.295 habitants dont 1.188 étrangers, soit 106 au kilomètre carré.

En 1936 : 756.793 habitants, dont 1.149 étrangers, soit 107 au kilomètre carré, population qu'on devrait voir croître plus rapidement s'il ne sévissait de terribles fléaux comme la tuberculose.

Dans le Finistère il y a peu de grandes villes, la population est surtout rurale.

Etude des quatre arrondissements

1° Arrondissement de Brest.

La population était au recensement de 1931 de 235.260 habitants, ainsi répartis : 69.841 habitants sur les 432 hectares sur lesquels est bâtie la ville de Brest; 37.364 dans les communes avoisinantes dont deux Lambézellec avec 16.761 et Saint-Pierre-Quilbignon avec ses 11.947 habitants constituent des agglomérations importantes.

D'autres cantons : Saint-Renan, Ploudalmézeau,

Lannilis, Lesneven, Plabennec, Landerneau, Daoulas et Ploudiry ont une superficie totale de 133.654 hectares et leur population est de 128.055 habitants. Tous ces cantons à l'exception de deux : Plabennec et Ploudiry ont une limite maritime mais possèdent peu d'inscrits maritimes. Ce sont essentiellement des cantons agricoles. Il faut comprendre dans l'arrondissement de Brest le canton de l'île d'Ouessant, composé d'une seule commune, celle d'Ouessant et peuplée de 2.500 habitants et dans laquelle la tuberculose semble faire des ravages impressionnants, environ 6 à 7 décès annuels, soit 240 à 280 décès si l'on rapporte à 100.000 habitants.

2° Arrondissement de Chateaulin.

Il s'étend de l'est à l'ouest du département, sur une superficie de 183.564 hectares. C'est le moins peuplé des arrondissements finistériens : 114.348 habitants en 1931, car il est le moins maritime, la côte étant en général plus peuplée. Un seul de ses cantons, celui de Crozon, a un port de pêche important : Camaret; les autres cantons, même ceux baignés par la mer comme Chateaulin et le Faou, sont surtout des cantons agricoles. Les plus grands centres sont : Chateaulin qui a moins de 5.000 habitants et Crozon qui lui a un peu plus de 5.000 habitants.

3° Arrondissement de Morlaix.

Etendu sur 132.385 hectares, peuplé d'environ 133.000 habitants, il comprend une ville de plus de 15.000 habitants : c'est Morlaix, cité ouvrière et manufacturière, qui forme avec quatre autres communes, le canton de Morlaix. Il se compose en outre de quatre cantons qui sont ceux de Saint-Paul-de-Léon, de Plouescat, de Plouzévédé et de Taulé, spécialisés dans

la culture maraîchère et dans lesquels la terre acquiert une valeur considérable qui est le plus sûr témoignage de son rapport. Les cantons léonards de Landivisiau et de Saint-Thégonnec se sont enrichis surtout le premier, par l'élevage du cheval. Les cantons trégorois de Lanmeur et de Plouigneau sont essentiellement agricoles, bien que le premier soit baigné par la mer au nord et à l'ouest. Le canton de Sizun, au pied des monts d'Arrée, est certainement beaucoup plus pauvre que les précédents.

4° Arrondissement de Quimper.

Cet arrondissement, de beaucoup le plus étendu : 229.968 hectares, est le plus peuplé (262.143 habitants en 1931). Il comprend les communes qui formaient les anciens arrondissements de Quimper et de Quimperlé. Certains dispensaires, ceux de Douarnenez, d'Audierne, de Guilvinec, de Concarneau, desservent une population dans laquelle les pêcheurs et les inscrits maritimes forment des agglomérations importantes. Dans ces centres se trouvent des usines de conserves qui emploient un nombreux personnel surtout féminin. La grande majorité de la population qui peuple l'arrondissement est agricole. Peu de grandes villes : Quimper, 18.300 habitants; Douarnenez, 10.536 habitants; le reste au-dessous de 10.000.

5° Répartition des tuberculeux pulmonaires dans les quatre arrondissements.

Le tableau suivant montre le nombre de tuberculeux pulmonaires bacillifères inscrits au 31 décembre de chaque année, et les décès connus par leurs dispensaires au cours de la période considérée de 1926 à 1936 (sauf en 1930 et 1931 par absence de renseignements).

DÉPARTEMENT DU FINISTÈRE

Nombre de tuberculeux pulmonaires bacillifères inscrits au 31 décembre de chaque année et décès connus par ces dispensaires au cours de la période considérée, sauf en 1930 et 1931.

Arrondissements	1927		1928		1929		1930		1931		1932		1933		1934		1935		1936	
	Tuberculeux bacillif.	Décès	Tuberculeux bacillif.	Décès	Tuberculeux bacillif.	Décès	Tuberculeux bacillif.	Décès	Tuberculeux bacillif.	Décès	Tuberculeux bacillif.	Décès	Tuberculeux bacillif.	Décès	Tuberculeux bacillif.	Décès	Tuberculeux bacillif.	Décès	Tuberculeux bacillif.	Décès
Brest	1.037	409	1.071	343	1.153	403	1.169	—	1.171	—	1.209	367	1.283	383	1.340	351	1.384	354	1.420	339
Châteaulun ...	427	161	446	163	418	173	400	—	425	—	395	158	387	128	402	138	411	134	415	134
Morlaix	498	221	579	199	630	217	630	—	662	—	691	192	734	194	732	199	736	207	714	175
Quimper	938	380	1.007	323	1.008	406	931	—	1.018	—	1.034	388	1.093	344	1.131	328	1.140	358	1.132	295
Total	2.920	1.160	3.103	1.030	3.209	1.199	3.130	—	3.276	—	3.349	1.105	3.409	1.046	3.625	1.016	3.671	1.033	3.678	943

Il indique une augmentation du nombre d'inscrits dans les dispensaires et inversement, une diminution des décès. Est-ce à dire que le nombre de tuberculeux augmente, non, ce sont les moyens de dépistage qui sont de plus en plus poussés et l'œuvre des dispensaires qui est bienfaisante.

Cependant le nombre de tuberculeux est plus considérable, les dispensaires n'en connaissent qu'une partie, l'autre partie étant constituée par des malades soignés chez eux ou dans des établissements privés. Le pourcentage de décès par tuberculose connu est assez élevé dans le Finistère.

	1927	1928	1929	1930	1931	1932	1933
Tuberculeux bacillifères inscrits	2.920	3.403	3.209	3.430	3.276	3.349	3.499
Décès connus par les dispensaires	1.160	1.030	1.199	—	—	1.105	1.046
Décès généraux par tuberculose	2.039	1.929	1.987	—	—	1.685	1.710
Pourcentage connu	56 %	53 %	60 %	—	—	65 %	61 %

Un troisième tableau va nous montrer que la tuberculose pulmonaire occupe une bonne place dans la mortalité générale :

	1927	1928	1929	1930	1931
Mortalité générale..	11.644	11.457	12.106	11.226	11.723
Mort. tuber. pulm..	2.039	1.929	1.987	1.796	1.902
Mort. autres tuber..	221	208	208	205	176
Décès par causes non spécifiées.....	8,3 %	8,8 %	10,5 %	16,2 %	15,8 %

	1932	1933	1934	1935	1936
Mortalité générale..	11.368	11.707	11.023	11.773	11.095
Mort. tuber. pulm..	1.685	1.710	soit les 49 % des décès de causes connues		
Mort. autres tuber..	170	167	—	—	—
Décès par causes non spécifiées...	16,1 %	17,6 %	—	—	—

Population recensée : 753.702 en 1926.

744.295 en 1931.

756.793 en 1936.

6° *Provenance de ces malades.*

Il y a autant de tuberculeux dans les campagnes que dans les villes; la région côtière en fournit peut-être un plus grand nombre que la région du centre. Les villes ayant des moyens de dépistage plus perfectionnés et plus développés en connaissent davantage si l'on en juge par des statistiques concernant des malades placés au sanatorium de Plougven dans ces 10 dernières années.

Le temps de séjour pour une cure est en moyenne de six mois, et se trouve en général porté à douze mois. Les malades sont des deux sexes et leur âge varie en général de seize à trente-cinq ans, et pour les enfants de cinq à quinze ans.

De 1926 à 1936, soit en 11 ans, ont été hospitalisés: 4.370 malades parmi lesquels 1.823 hommes, 1.684 femmes, 863 enfants, provenant des agglomérations suivantes :

a) Ville de plus de 50.000 habitants :

Une seule, et c'est Brest, qui depuis dix ans place annuellement une moyenne de 43 malades, c'est-à-dire un pourcentage de 0,061 par rapport à la population.

b) Villes de 10.000 à 20.000 habitants :

Ce sont : Quimper, Lambézellec, Morlaix, Saint-Pierre-Quilbignon, Douarnenez, représentant en tout une population de 71.608 habitants sur lesquels 58 malades sont placés annuellement, soit un pourcentage de 0,081.

c) Villes de 5.000 à 10.000 habitants :

Telles Pont-l'Abbé, Penmarch, Quimperlé et Concarneau, etc., formant en tout 106.528 hectares sur lesquels 59 placements annuels, représentant un pourcentage de 0,055.

d) Villes de 3.000 à 5.000 habitants représentant une population totale de 167.272 habitants et qui a placé en moyenne 88 malades par année, soit 0,052 %.

e) Villages au-dessous de 3.000 habitants, dont la population globale se monte à 428.887 habitants parmi lesquels 150 tuberculeux sont entrés au sana, c'est-à-dire 0,034 % par rapport à la population.

Comparons ces pourcentages : 0,061, 0,081, 0,055, 0,052, 0,034. Il en découle que plus l'agglomération est importante, plus elle envoie des malades en traitement au sana. Une leçon s'en tire, c'est qu'il faut renforcer surtout l'armement antituberculeux des petits centres.

Voyons ce qui est, et ce qu'il reste à faire à ce sujet.

L'armement antituberculeux du Finistère

Le Finistère a été l'un des premiers départements à s'émouvoir du danger tuberculeux, c'est qu'il avait de graves motifs à le faire, et de fait l'excès des nais-

sances sur les décès, bien que supérieur à la moyenne générale de la France, n'est pas telle que nous aurions voulu le constater. Aussi a-t-on apporté le plus grand soin à son armement. C'est l'un des départements le mieux organisé pour la lutte antituberculeuse: centres de consultations nombreux, dispensaires, préventoria, sanatoria. Tout l'armement a été réuni ici, et chacune des armes a été employée de manière à apporter à la défense un maximum d'efficacité.

Ce qu'il faut noter c'est le caractère rural de l'organisation antituberculeuse, car, nous l'avons vu, il existe peu de grandes villes dans ce département.

Genèse de l'organisation antituberculeuse.

Ce sont des dons très importants d'Américains généreux: Mme Post et M. Rockfeller, qui permirent l'établissement des premiers dispensaires en 1916, à Morlaix, St-Pol-de-Léon, Roscoff, Plouescat, Lesneven et Quimper.

A sa session de septembre de la même année, le Conseil général décide la fondation de huit à dix dispensaires, et d'un sanatorium départemental et vote les premiers crédits. En 1917, alors que le sanatorium est en train, les comités américains de la Croix-Rouge, et la mission Rockfeller viennent prêter leur concours au département pour le fonctionnement des dispensaires, et, à la fondation de nouveaux centres de dépistage. En 1918 est fondé le Comité départemental d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse. A noter ici un processus particulier de l'organisation antituberculeuse du Finistère : les initiatives ont procédé à l'inverse de ce qui s'est généralement pratiqué ailleurs (formation d'un organisme central, office ou comité, puis applications locales). Il y eut d'abord des comités locaux, qui sentirent bientôt la nécessité d'un

lien commun, puis d'un organisme central, appelé à fournir des directions communes.

Ce comité siège à la Préfecture du Finistère à Quimper. Il a pour but de poursuivre, de coordonner et de développer les efforts tendant à la défense contre la tuberculose. Un nom restera attaché à toute notre organisation antituberculeuse : celui du Comte de Guébriant.

Les dispensaires, les établissements de cure et de prévention

1° Les dispensaires répondent au point de vue technique aux conditions de fonctionnement définies, d'abord par Calmette, et adoptées par toutes les organisations antituberculeuses d'Europe et même des U.S.A. Ce sont des établissements, où se rendent librement et gratuitement, toutes les personnes suspectes de tuberculose, où elles sont examinées et où elles reçoivent des conseils de prophylaxie, qui sont complétés par des visites à domicile faites par des infirmières spécialisées. Si le sujet est tuberculeux, on l'isole, ou bien on confie ses enfants aux œuvres, puis on visite les membres de sa famille.

Il importait un dépistage précoce, rapide, entouré de garanties scientifiques indiscutables, d'où la nécessité d'un personnel médical sûr et compétent. Il fallait desservir la population entière du département, donc multiplier les centres de consultations et créer des circonscriptions à la tête desquelles se trouveraient des médecins spécialisés et dans lesquelles fonctionneraient, non seulement des dispensaires, mais encore des consultations volantes, car il ne faut attendre les populations mais aller les chercher.

En 1923 il y avait trois médecins de dispensaires,

en 1925 quatre, en 1928 quatre, plus un inspecteur d'hygiène.

En 1929 on comptait pour tout le Finistère 30 dispensaires et 11 consultations volantes.

De 1930 à 1935 : 32 dispensaires et 8 consultations volantes.

En 1936 : 31 dispensaires et 8 consultations volantes, soit en tout 39 centres, dont 11 pour l'arrondissement de Brest, 5 pour celui de Morlaix, 9 pour celui de Chateaulin, 14 pour Quimper.

A ces dispensaires sont adjointes 52 infirmières visitéuses, dont trois infirmières inspectrices, qui sont chargées de visites à domicile des malades ou de leur famille. Leur action s'établit comme suit dans ces dix dernières années :

Années	1927	1928	1929	1930	1931
Nombre de visites annuelles	50.325	50.892	55.323	53.475	50.696
Familles visitées	9.507	9.751	9.876	7.024	7.654

Années	1932	1933	1934	1935	1936
Nombre de visites annuelles	51.969	53.368	56.886	57.013	58.508
Familles visitées	8.290	8.303	8.461	8.428	8.282

C'est-à-dire un plus grand nombre de visites annuelles et une diminution du nombre de familles visitées, indiquant un contact plus étroit, une surveillance plus rigoureuse des malades et de leurs familles par les dispensaires, et la mise à l'abri d'un certain nombre de familles.

2° Les établissements de cure sont le sanatorium de Guervénan en Plougouven, et des établissements privés comme celui de Huelgoat.

Le principal de ces établissements est le sanatorium de Plougouven, situé dans la chaîne des monts d'Arrée à une altitude de 140 à 180 m. Il est éloigné de 2 km. du bourg et de la gare de Plougouven. Il présente une particularité qui le distingue des autres sanatoria : les malades vivent jour et nuit dans des galeries de cure aménagées, qu'on appelle aux U.S.A. des « lean-to ». Dans un magnifique et immense parc, sont disséminés douze pavillons dont cinq pour hommes, cinq pour femmes, deux pour enfants, d'une contenance totale de 320 lits. Deux pavillons, dont l'un pour hommes et l'autre pour femmes, sont réservés à de petites bourses qui ne pourraient supporter le prix d'un établissement privé, mais qui désirent cependant un peu plus de confort.

Ce système de lean-to répond-il à tout ce que l'on doit attendre de lui? Chaque pavillon est en réalité un tout petit sanatorium, où les malades passent la plus grande partie de leur journée. Il est constitué de deux ailes comprenant dortoir et galerie de cure, et d'une partie centrale comprenant un petit cabinet médical, une salle de jeux, une bibliothèque, des lavabos, des vestiaires. Les malades ne sont astreints à se déplacer que pour se rendre au réfectoire, et une ou deux fois par semaine aux services médicaux installés dans des bâtiments spéciaux.

L'expérience a montré que même en période d'hiver, ces déplacements sont sans danger. L'économie de construction réalisée à l'époque fut appréciable. Quelques inconvénients sont peut-être à signaler concernant l'alimentation des couchés, les difficultés de surveillance des cures, la perte de temps pour la

visite des malades, les difficultés d'entretien des toitures.

Les prix de journées ne sont guère excessifs : de 25 à 30 francs; si l'on tient compte du confort, de la bonne alimentation et des traitements les plus modernes qui y sont donnés. Cependant dans l'état actuel, certains malades n'ont pas de ressources suffisantes pour acquitter une telle somme, d'autant plus que le prix est variable vu l'augmentation du coût de la vie; heureusement que la majorité est prise en charge, en partie ou en tout par les collectivités.

Et pourtant, le sanatorium est une pièce maîtresse dans la lutte antituberculeuse, centre de traitement actif s'il en est, car la chirurgie y a droit de cité. Aussi, ceux qui en sont justiciables doivent pouvoir y accéder.

Une longue expérience montre qu'il ne peut y avoir de résultat efficace dans la lutte contre la tuberculose seulement par une propagande et par l'éducation du peuple. Le mieux serait certes une loi qui obligerait l'Etat à pourvoir à l'hospitalisation de tous les tuberculeux. Cela compenserait les résultats funestes de la loi du 13 juillet 1925 et le décret du 25 août 1925 modifié par celui du 30 octobre 1935, se rapportant aux tuberculeux de guerre pensionnés 100 % : Une indemnité est servie à l'intéressé jusqu'à sa guérison à condition qu'il ne soit traité pour sa tuberculose aux frais de l'Etat, ni dans un sanatorium ni dans un hôpital, qu'il ne se livre à aucun travail, qu'il se soigne sous la surveillance des organismes antituberculeux. Il en est résulté de cette loi que les sanatoria se sont vidés de tuberculeux de guerre, qui ont préféré rentrer chez eux pour toucher cette forte indemnité, et de ce fait ont pris contact avec des enfants sains. Le nombre des pupilles justiciables du placement Grancher s'est

donc accru, on aurait dû voir en conséquence s'accroître les placements. C'est l'inverse qui s'est produit. Le père touchait une indemnité supplémentaire pour chaque enfant, l'office cessa alors de payer pour eux l'œuvre Grancher; estimant que leurs ressources leur permettaient d'élever leurs enfants chez eux dans de bonnes conditions, ils restent indifférents aux oburgations des médecins, des infirmières visiteuses, des dispensaires.

Ainsi on comptait alors chez 856 réformés de guerre 100 %, tuberculeux, 475 enfants exposés de ce fait au danger, aucune précaution n'étant prise.

L'Office départemental des Pupilles jeta un cri d'alarme, et signala la situation au congrès de 1927. Le congrès avait proposé la création d'un organisme spécial de persuasion qui s'efforcerait d'obtenir le consentement des familles aux mesures nécessaires pour préserver les pupilles, et en cas d'échec, de refus des parents, la remise des pupilles par décision judiciaire, à l'office départemental. Le Conseil supérieur de l'Office National repoussa le projet et ne retint que l'organisation du comité de persuasion, qui d'ailleurs ne réussit pas.

Actuellement, en principe, les tuberculeux de guerre ne devraient, d'après les décrets, garder chez eux leurs enfants de moins de 16 ans, mais cette disposition n'est pas appliquée de façon très rigoureuse.

3° Les établissements de prévention.

Ce qu'il y a de mieux à faire, c'est l'isolement du malade, mais c'est parfois difficile, soit que le malade refuse, soit que ses moyens ne lui permettent pas de payer des frais parfois assez importants. Dans ce cas il faut mettre à l'abri les membres de la famille, et principalement les enfants. Quelques préventoria leur sont ouverts dans le Finistère : à Pont-Plaincoët,

près Plougasnou; Kerustum, près de Pont-Aven; Kerlaz, près de Douarnenez. Il existe encore des colonies de vacances, des écoles de plein air, et les œuvres Grancher. Pour ces dernières, le placement collectif répond mieux à notre mentalité de Breton, car le placement dans une famille, constitue une sorte de suspicion à l'égard des parents qu'on semble juger inaptes à élever leurs enfants dans de bonnes conditions. Ces placements collectifs conviennent surtout aux enfants d'âge scolaire, pour les plus jeunes il faut revenir aux placements familiaux et intrafamiliaux. D'ailleurs c'est à partir de l'âge scolaire que l'on confie les enfants le plus facilement, ce qui permet aux parents d'être dispensés à la fois de la surveillance, de l'instruction, et d'une partie ou même de tout l'entretien de ces derniers. Ici un reproche à faire à notre œuvre, c'est d'avoir beaucoup plus d'enfants d'âge scolaire que d'enfants très jeunes, qui eux sont encore plus réceptifs aux bacilles.

4° L'inspection médicale scolaire.

Le grand intérêt d'une surveillance médicale des écoles réside en Bretagne surtout, dans la préservation antituberculeuse. Une collaboration étroite entre le médecin et l'instituteur est nécessaire, si l'on veut faire œuvre vraiment utile. A ce dernier revient de signaler les enfants malingres, futurs candidats à la tuberculose; enfants malingres parce que sous-alimentés, ou encore, comme il en existe dans notre département, de ces petits campagnards qui font parfois cinq à six kilomètres, par n'importe quel temps, pour se rendre à l'école, et qui n'ont pour toute nourriture qu'un petit casse-croûte composé de pain, de pâté, de chocolat. Dans un département comme le nôtre, la création et le développement des cantines doit être l'une de nos grandes préoccupations.

Il importe un dépistage précoce de la tuberculose. La radiographie en est le meilleur moyen, car la clinique est parfois insuffisante, et les réactions tuberculiniques peuvent varier par suite de facteurs divers. La radiographie systématique, telle qu'elle est pratiquée dans l'armée avec succès, peut et doit donner de bons résultats dans toutes les collectivités et principalement dans les écoles. C'est un moyen de dépistage sûr et rapide surtout dans des mains expérimentées, employé de pair avec les procédés cliniques.

Devant les grands services que peut rendre une inspection médicale scolaire soignée, nous ne pouvons que souhaiter que cette œuvre se développe de plus en plus, car l'avenir appartient à un pays qui a une jeunesse saine et forte.

CONCLUSIONS

Les statistiques nous apprennent que la Bretagne est la région de France où la mortalité par tuberculose est la plus élevée.

Le taux de mortalité pour toute la France est de 128 (année 1934) pour 100.000 habitants, il est de 229 pour les Côtes-du-Nord, 222 pour le Morbihan, 216 pour le Finistère; ces proportions seraient encore plus élevées si on tenait compte des décès déclarés sans cause spécifiée.

Les raisons qui président à ces taux élevés sont multiples :

Raisons ethniques, car l'histoire épidémiologique nous apprend que les races celtiques, dont les Bretons descendent, semblent particulièrement sensibles à la tuberculose, quelles que soient les régions où leurs groupements se soient fixés: Bretagne, Pays de Galles, Irlande, Ecosse.

Raisons épidémiologiques, car les Bretons forment essentiellement un peuple de marins et d'agriculteurs; les contacts avec les tuberculeux des grandes villes ne se sont faits que lentement, de sorte qu'une grande partie de la population est dépourvue d'une immunité ancestrale à l'égard de l'infection tuberculeuse.

Raisons hygiéniques où se mêlent les dangers du taudis rural, de l'ignorance, du manque d'hygiène

générale dont le danger est d'autant plus grand qu'il s'agit le plus souvent de familles très nombreuses.

Raisons climatiques et autres, etc...

Devant de pareils faits, la lutte antituberculeuse requiert une grande activité de la part de tous les organismes : dispensaires, sanatoria, preventoria, œuvres de placement pour les enfants. Cette activité est d'autant plus impérieuse que les résultats à en attendre visent non seulement la rétrocession de la tuberculose, mais encore concerne le problème de la natalité, puisque les Bretons sont restés prolifiques.

L'accroissement des organismes doit se faire surtout sentir dans les milieux ruraux où la propagande éducative a encore un grand champ d'activité.

Vu: *Le Président de Thèse,*
F. BEZANÇON.

Vu: *Le Doyen,*
M. TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer:

Le Recteur de l'Université de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Professeur agrégé E. BERNARD. — Notes sur la situation et notamment sur l'origine de 500 femmes tuberculeuses entrées à la Salpêtrière en 1934-1935. *Revue de la Tuberculose*, janvier 1937.
- Dr ARNOULD. — La tuberculose chez les populations dites celtiques. *Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose*, juillet 1936.
- M. MOINE. — Etude générale sur l'état sanitaire de notre marine marchande. Extrait du *Bulletin de l'Académie de Médecine*. Séance du 21 juillet 1936.
- JULIEN, SIEUR, DUTREY. — Radioscopie systématique des collectivités et tuberculose pulmonaire. *Revue d'hygiène*, extrait, octobre-novembre 1937.
- J. BOSQUET. — L'emploi dans les collectivités de la radioscopie systématique pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire.
- Bulletin de l'Alliance d'Hygiène Sociale*. 17^e Congrès de Quimper 1929. Rapports.

